

Name, Vorname

Anschrift

Telefon / Fax

Mail

Kurstufe / Datum **B vom 15. bis 19. Februar 2017** in Berlin

Der Kursbeitrag in Höhe von € 450,-- € 385,-- Mitglied des DZVhÄ im Landesverband:

.....
(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. eintragen)

soll vor Kursbeginn durch den BVhÄ von meinem Konto abgebucht werden (bitte IBAN **und** BIC angeben).

IBAN																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ich bin mit den Anmeldebedingungen einverstanden.

.....
Datum

.....
Unterschrift + Stempel

Dozenteninformation

Name, Vorname

Kurstufe / Datum **B vom 15. bis 19. Februar 2017** in Berlin

Freiwillige Angaben:
Facharztausbildung Ja, Gebiet:..... Nein

jetzige Tätigkeit Klinik Praxis Gebiet

Beschäftigung mit Homöopathie seit.....

Beschäftigung mit dem Repertorium seit.....

Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ Ja, seit..... Nein

Dreijahreskurs ja, 1. Jahr 2. Jahr 3. Jahr Nein

Dozent / Schule

Bisher absolvierte Kurse A B C D E F

(Die **A/B/C-Kurse** bauen thematisch aufeinander auf und sind **in dieser Reihenfolge** und noch **vor** den D/E/F-Kursen zu absolvieren.)

Andere Kurse:

Die Zusatzinformationen dienen den Dozenten zur besseren Vorbereitung, um den Wissensstand der Teilnehmer vorher einschätzen zu können und den zu vermittelnden Inhalt besser anzupassen.